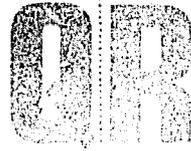


PN. ABC0-710

QR

Questions et Reponses
sur l'alimentation du nourrisson:
un groupe d'experts réexamine le sujet





Questions et réponses sur
l'alimentation des nourrissons:
un groupe d'experts réexamine le sujet

**Recommandations d'une réunion d'experts sur
LES PRATIQUES D'ALIMENTATION OPTIMALE
POUR LE NOURRISSON
24-25 septembre, 1990**

Projet de Communication pour la Nutrition
Un projet réalisé par
L'Académie pour le Développement de l'Éducation
1255 23rd Street, N.W.
Washington, D.C., 20037
U.S.A.

pour
Agence pour le Développement International
Bureau de la recherche et du développement
Office de la nutrition

annotées par
Peggy Koniz-Booher
Claudia Fishman
Margaret Parlato
Anne Roberts

Remerciements

Ce travail a bénéficié d'un soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, Bureau de la recherche et du développement, Office de la nutrition, aux termes du contrat No. DAN-5113-Z-00-7031-00, géré par l'Académie pour le développement de l'éducation dans le cadre du Projet de Communication pour la Nutrition (936-5113).

Il convient de faire une mention spéciale du Docteur Eunyong Chung, Office de la nutrition, et du Docteur Mary Ann Anderson, Bureau de la santé, qui ont apporté soutien et directives techniques.

Il convient également de faire mention du personnel du Projet de Communication pour la Nutrition (NCP), Cindy Arciaga et Diane Foster qui ont concouru à la réalisation et à la recherche de photographies, de Joëlle Chorna pour son examen soigné de la version française, de Maria Claudia De Valdenebro qui s'est occupée de la conception graphique, de Catherine Utz pour la traduction en langue française. Nous tenons également à remercier l'UNICEF, CARE, le Projet HEALTHCOM (AED), Interamerican Development Bank, Mr. Sean Sprague ainsi que l'Institute for Reproductive Health, Georgetown University qui nous ont donné les photographies.

Pour des exemplaires supplémentaires, prière de contacter:

Nutrition Communication Project
Academy for Educational Development
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037

Table des Matières

I.	Introduction	1
II.	Relations entre l'allaitement au sein et l'état nutritionnel de la mère	7
III.	La croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein	15
IV.	Utilisation de suppléments, eau, thé, jus et autres liquides	21
V.	L'introduction d'aliments complémentaires: le choix du bon moment	31

Annexe 1: Panel d'experts

Annexe 2: Références choisies



I. Introduction

Le thème: l'alimentation optimale du nourrisson

Au printemps 1990, les avis dans le monde entier convergeaient de plus en plus sur le fait que l'allaitement au sein contribue de manière unique à la bonne santé maternelle et infantile. En mai, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (A.I.D.) publiait son document stratégique, "l'allaitement au sein pour la survie de l'enfant" qui engageait l'Agence à "promouvoir et protéger l'allaitement au sein pour la survie et le bien-être des enfants et des mères en tant qu'une des ressources naturelles les plus précieuses." La Déclaration d'Innocenti, tenue à Florence, a été mise au point et adoptée en août 1990 par les participants de la réunion des responsables de l'OMS et de l'UNICEF et stipule que:

"Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants du monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant exclusivement au sein et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de compléments appropriés et adéquats, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière."

Aussi bien la stratégie de l'A.I.D. que la Déclaration d'Innocenti recommandent des actions concrètes, notamment un meilleur dialogue avec les décideurs, la formation du personnel portant sur les compétences liées à l'allaitement au sein, une réforme hospitalière, des activités communautaires, des soins maternels ainsi que des stratégies de recherche, de communication et de mobilisation sociale aux fins de soutenir ces objectifs opérationnels. Le résultat final serait des programmes d'allaitement au sein, spécifiques aux divers pays et permettant d'augmenter la proportion de nourrissons qui sont (1)

nourris au sein dans l'heure qui suit leur naissance; (2) nourris exclusivement au sein de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois; (3) qui reçoivent des aliments complémentaires appropriés outre le lait maternel dès qu'ils ont 6 mois et (4) nourris au sein pendant une année ou plus (but de la stratégie sur l'allaitement au sein de l'AID).

Les termes choisis dans ces importants documents de politiques visent à soutenir et à encourager les comités et les coordinateurs nationaux chargés de promouvoir l'allaitement au sein. Toutefois, il faudra déployer un effort concerté si on veut qu'ils arrivent à faire accepter leurs recommandations par les professionnels médicaux et autres responsables. Dans de nombreux pays, le problème n'est pas vraiment reconnu et l'on n'arrive pas vraiment à se mettre d'accord sur la solution. Il existe également un fossé entre les pratiques courantes d'alimentation du nourrisson et ce qui constituerait l'idéal en la matière. Même si l'on met de côté la situation la plus préjudiciable, lorsque les enfants ne sont pas du tout nourris au sein, signalons que même parmi ceux qui le sont, on assiste souvent à des pratiques alimentaires loin d'être optimales. Par exemple, dans de nombreux pays du monde:

- Les nouveaux-nés reçoivent de l'eau, de l'eau et du glucose, du thé, du miel, du beurre ou d'autres liquides au lieu d'être immédiatement nourris au sein, le colostrum est jeté.
- Les enfants allaités au sein reçoivent souvent de l'eau, du thé et d'autres liquides non nutritifs.
- Les enfants allaités au sein reçoivent également des laits commerciaux au biberon et autres produits de substitution du lait maternel.
- Les agents de santé conseillent souvent aux mères de donner des aliments complémentaires aux enfants, commençant dès le premier mois. Ces recommandations soulèvent de vives préoccupations quant à la croissance de l'enfant et à l'épuisement du lait maternel.

Certaines de ces pratiques constituent des adaptations récentes face à l'évolution économique et environnementale -- y compris l'augmentation des femmes dans la vie active -- et d'autres sont liées à des traditions dont on pense qu'elles ont assuré la survie des enfants pendant des générations. On se rend bien compte que certains problèmes devront être résolus, que de nombreuses informations devront être partagées avant que, dans le monde entier, les gens n'adoptent ce que la communauté scientifique définit actuellement comme l'alimentation optimale du nourrisson. Pour la communauté scientifique, il est nécessaire de trouver des solutions techniques qui répondent aux réalités économiques, sociales et culturelles de la vie de chacun.

Réunion d'experts du Projet de Communication pour la Nutrition

Conjointement avec l'Office de la nutrition de l'AID, le Projet de Communication pour la Nutrition de l'Académie pour le Développement de l'Éducation a organisé une réunion d'experts le 24 et 25 septembre 1990 pour se pencher sur les divers aspects relatifs à l'application de la stratégie de l'AID sur l'allaitement au sein et à la Déclaration d'Innocenti dans les divers pays. On a demandé à un groupe multi-disciplinaire (confer Annexe 1: liste des participants) de revoir la documentation récente et les nouvelles idées techniques et d'arriver à un consensus si possible pour guider les futurs travaux du Projet de Communication pour la Nutrition concernant l'alimentation du nourrisson. On a également demandé aux participants de souligner les aspects demandant une recherche ou une analyse complémentaire avant de pouvoir recommander en toute confiance des actions spécifiques.

Voici les quatre grands thèmes sur lesquels se penchait la réunion:

- Rapport entre l'allaitement au sein et l'état nutritionnel de la mère.
- Croissance des nourrissons uniquement allaités au sein.
- Utilisation de suppléments: eau, thé et autres liquides.
- Choix du moment pour l'introduction des aliments complémentaires.

3

Le groupe d'experts a répondu à plusieurs questions fondamentales formulées par le Projet NCP et s'est mis d'accord sur les recommandations au regard du niveau actuel de connaissances et d'expérience scientifique.

Présentation du rapport

Le Projet de Communication pour la Nutrition a présenté ce rapport lors de la réunion d'experts en réponse à des questions spécifiques posées par les praticiens internationaux concernant les décisions prises par divers programmes. Chacun des quatre thèmes discutés pendant la réunion est présenté de la manière suivante:

- Récapitulatif de la question (tel que présenté par le Projet NCP)
- Questions et réponses
- Récapitulatif de la discussion en groupe
- Recommandations en vue d'une recherche opérationnelle complémentaire

Le Projet NCP a également préparé un compendium de documents choisis, notamment ceux qui ont été présentés au panel d'experts avant la réunion avec des documents complémentaires conseillés par le panel. La liste des références qui se limite aux articles jugés les plus utiles si l'on se place dans une perspective de terrain est donnée en Annexe 2.

Conclusion

Le Projet de Communication pour la Nutrition et le panel d'experts considèrent que la réunion et le présent rapport sont un bon point de départ favorisant le dialogue et l'analyse. On ose espérer que les lecteurs se montreront intéressés et donneront leurs avis sur certains aspects garantissant la réussite des initiatives sur l'alimentation du nourrisson.





II Relations entre l'allaitement au sein et l'état nutritionnel de la mère

THEME:

Dans les pays en développement, un grand nombre de femmes connaissent un état nutritionnel marginal suite à une insuffisance en apports alimentaires et des activités physiques demandant énormément d'énergie. Les taux de natalité varient selon le pays, mais on estime qu'en général un grand nombre de femmes passent 35 à 48 pour cent de leurs années de procréation (15 à 45 ans) à répondre aux demandes de la grossesse et de la lactation, ce qui nécessite une alimentation encore plus forte en énergie et nutriments. Peu de communautés se sont données des solutions à long terme pour améliorer l'état nutritionnel des femmes (augmenter l'apport énergétique) ou diminuer les travaux qui leur incombent (diminuer leur dépense d'énergie). Cette équation a été considérée surtout en termes de problème économique.

Au regard de ces conditions, de nombreux membres du personnel soignant et des responsables nationaux affirment qu'à moins que les intervalles inter-généralités soient rallongés et que la taille des familles soit réduite, que des suppléments soient apportés au régime alimentaire des femmes ou que leurs tâches soient allégées, on ne peut pas s'attendre à ce qu'elles allaitent de manière adéquate ou sur une longue période. Par conséquent, ils recommandent de donner aux nourrissons des produits de substitution au lait maternel et/ou d'introduire des aliments complémentaires avant l'âge de quatre (parfois trois) mois.

Bien que la recommandation internationale soit que l'on commence à donner des aliments complémentaires après l'âge de quatre à six mois, il existe actuellement une tendance dans la communauté scientifique de soutenir plutôt la recommandation en faveur de l'allaitement au sein exclusif "jusqu'au sixième mois de la vie de l'enfant".

Avant de pouvoir espérer l'adoption des recommandations actuelles sur l'allaitement au sein exclusif, il faut répondre à un certain nombre de questions concernant l'état nutritionnel de la mère.

Est-ce que l'état nutritionnel de la mère influence sa capacité à produire du lait en quantité et qualité suffisantes pendant les six premiers mois de la vie de son bébé?

La grande majorité de femmes peuvent produire suffisamment de lait pour nourrir leur nourrisson. Sauf en cas de grave sous-alimentation (par exemple, les femmes pesant moins de 85 pour cent de la norme poids-pour-taille), il n'existe que peu d'indicateurs montrant que l'état nutritionnel de la mère a un effet considérable sur la quantité de lait qu'elle produit. De même, l'état nutritionnel de la mère n'a relativement pas d'effet sur la qualité du lait maternel quant aux protéines, lipides, glucides et minéraux qu'il contient, bien que la teneur en vitamines soit fonction du régime alimentaire. Par conséquent, l'état nutritionnel de la mère ne devrait pas être un obstacle à la promotion d'un allaitement au sein exclusif pendant les premiers six mois de la vie. De plus, il convient de noter que, même dans les cas de *grave* sous-alimentation, on a constaté que le lait maternel était de quantité et de qualité suffisantes pendant les quatre premiers mois de la vie ou plus longtemps et que, par conséquent, l'allaitement au sein exclusif, du moins pendant les quatre premiers mois, devrait être encouragé et accompagné d'efforts visant à améliorer l'état nutritionnel des femmes pour qu'elles puissent allaiter exclusivement jusqu'à six mois.

Est-ce que la contrainte qu'impose la production de lait à l'état nutritionnel de la mère (parfois appelé "épuisement" maternel) devrait être un facteur pesant dans la décision de savoir s'il faut ou non recommander (1) des produits de remplacement du lait maternel pour le nourrisson et/ou l'introduction de suppléments avant six mois, ou (2) dans la décision de donner des suppléments à la mère?

Toutes les données disponibles indiquent que l'impact positif d'un allaitement au sein exclusif pour la santé de la mère et de l'enfant dépasserait de loin les conséquences nutritionnelles, à long et à court terme, pour la mère. En fait, l'effet hormonal d'un allaitement au sein exclusif peut permettre à la mère de se régénérer en nutriments puisqu'il rallonge l'intervalle entre les grossesses et, partant, allonge la période de récupération entre les naissances. Autre facteur, les risques de morbidité et de mortalité relativement élevés pour le nourrisson qui n'est pas exclusivement allaité au sein. Ces deux facteurs constituent de solides arguments pour allonger la norme de quatre à six mois, ou jusqu'à la moitié de la première année. La meilleure réponse à la sous-alimentation maternelle est d'augmenter les apports de la mère tout en continuant d'encourager un allaitement au sein exclusif (peut-être grâce à des suppléments).

Quelles recommandations peut-on faire concernant les femmes avec un état nutritionnel marginal, si l'on veut diminuer la contrainte imposée par un allaitement au sein exclusif pendant les quatre à six premiers mois?

Actuellement, on fait deux recommandations concernant les contraintes nutritionnelles. D'abord, il convient d'encourager toutes les femmes enceintes allaitantes, surtout celles qui sont sous-alimentées, à consommer plus de nourriture. Il faut noter que l'adéquation d'absorption de nutriments avant et pendant la *grossesse* est fondamentale pour pouvoir mettre à plat les réserves de gras nécessaires pendant l'allaitement. Point besoin d'un régime alimentaire spécial, ni d'aliments chers à forte teneur protéique. (Il est toutefois préférable de consommer des aliments énergétiques plutôt que des aliments avec peu de calories). Un autre moyen permettant aux femmes sous-alimentées de réduire les demandes générales d'énergie pendant la lactation est de diminuer leur niveau d'activité, surtout pendant les premières semaines suivant l'accouchement, jusqu'au moment où la production de lait est bien établie. Il convient de soutenir et d'encourager la pratique traditionnelle de mettre le bébé dans la même chambre que la mère après la naissance, pratique qui existe encore dans de nombreuses cultures. Moins de travail permet de conserver les calories, chose particulièrement importante lorsque les apports énergétiques provenant de l'alimentation risque d'être insuffisants.

Discussion:

Le fait de croire que les femmes ont besoin de produits de substitution ou de suppléments pour leur propre lait pendant les premiers mois de la vie du bébé a eu un effet dévastateur sur la santé de la mère et de l'enfant surtout dans le monde en développement. Selon les participants de la réunion des experts, le contenu lipidique (calorique) du lait maternel ainsi que certains micronutriments peuvent varier d'une femme à l'autre suivant divers facteurs, mais en général, pratiquement toutes les femmes peuvent produire suffisamment de lait, de qualité adéquate, pour bien nourrir leurs bébés. La véritable insuffisance lactationnelle est extrêmement rare et liée à des conditions d'insuffisance glandulaire ou hormonale.

Bien que notre connaissance actuelle sur l'impact nutritionnel à long terme du cycle de reproduction (épisodes de *grossesse* et/ou lactation) reste limitée, les résultats scientifiques disponibles soutiennent la conclusion selon laquelle il faut encourager les femmes à allaiter exclusivement pendant au moins les six premiers mois. Les experts ont conclu que la meilleure chose pour une mère qui veut reconstituer ses réserves de lipides et de nutriments est de retarder sa

prochaine grossesse. Du point de vue santé maternelle, l'aspect, peut-être le plus important, est le fait que l'allaitement au sein exclusif, surtout pendant les premiers mois qui suivent l'accouchement, entraîne une suppression hormonale de l'ovulation et de la menstruation. Cette suppression non seulement diminue les risques d'anémie suite au manque de fer mais rallonge également la période de récupération entre les grossesses et, partant, donne à la mère la possibilité de reconstituer ses réserves en nutriments. Une femme qui allaite exclusivement, de jour et de nuit, ou qui ne donne que très rarement une ou deux gorgées de liquides ou des aliments autres que le lait maternel pendant les six premiers mois qui suivent l'accouchement, est protégée contre la grossesse à raison de plus de 98 pour cent, si elle n'a pas encore eu son retour de couches. (Cet ensemble de critères spécifiques est parfois appelé la Méthode de l'aménorrhée lactationnelle ou l'espacement des naissances.) Même lorsqu'on ajoute des aliments complémentaires, l'allaitement au sein fréquent continue à diminuer les risques de grossesse.

Pour se protéger contre une nouvelle grossesse, une femme devrait commencer à utiliser une méthode de planification familiale complémentaire et fiable dès que: le bébé a six mois, et qu'elle a son retour de couches, on commence à donner des aliments complémentaires, de l'eau ou d'autres liquides ou si le bébé ne tète plus pendant la nuit. Mais même lorsqu'un bébé a atteint six mois et qu'on lui donne des aliments complémentaires ou d'autres liquides, un allaitement au sein fréquent diminue les risques de grossesse et devrait donc être vivement encouragé. Seulement, on ne peut plus se fier à l'allaitement au sein comme méthode d'espacement des naissances.

Les effets protecteurs de l'allaitement au sein exclusif conjugué à l'introduction en temps opportuns d'une méthode de planification familiale fiable sont particulièrement importants pour la mère puisque les recherches indiquent que de continuer à allaiter lorsqu'on est enceinte taxe lourdement les réserves nutritionnelles de la mère. Dans l'idéal, une femme ne devrait tomber enceinte que six mois *après* la fin du sevrage. Si une femme tombe enceinte pendant qu'elle allaite, elle ne devrait pas brutalement sevrer l'enfant et devrait remplacer le lait maternel par d'autres aliments appropriés pour limiter les répercussions négatives sur l'état nutritionnel de l'enfant. On l'encouragera à augmenter son apport en calories et à diminuer son fardeau de travail.

Afin de se protéger contre une nouvelle grossesse, la femme devrait utiliser une méthode de planning familial dès que: le bébé atteint l'âge de six mois, le retour de couches se produit, les aliments complémentaires, eau ou autres liquides sont introduits. L'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de la vie et l'introduction au bon moment d'une méthode complémentaire de planification familiale contribuent également à la santé de l'enfant. Si

toutes les naissances étaient espacées d'au moins deux ans, le taux de mortalité infantile diminuerait de 10 pour cent. Les frères et soeurs plus âgés en profiteraient également puisqu'ils courent un risque 1,5 fois plus élevé de mourir si un autre enfant naît dans les deux ans qui suivent leur propre naissance. En effet, la prochaine grossesse signifie généralement que l'on arrête, et bien souvent brutalement, de nourrir au sein l'enfant plus âgé et qu'on lui donne uniquement des aliments ou liquides de sevrage dont la valeur nutritionnelle n'est pas toujours valable. Quand un autre enfant est né, il va également demander sa part d'attention à la mère.

Un autre élément dont il faut tenir compte est l'éventuel risque pour la santé d'un nourrisson de moins de six mois exposé à des produits de substitution du lait maternel, des suppléments ou des aliments de sevrage insuffisants et/ou peu hygiéniques. En effet, le nourrisson qui n'est pas exclusivement allaité au sein risque notamment de souffrir de diarrhée et de problèmes respiratoires. Ces risques sont généralement plus grands que les risques nutritionnels pour la mère allaitante (diminution des réserves de lipides, de calcium et de micronutriments, perte de poids ou encore fatigue générale). Il est plus économique et moins risqué d'apporter des suppléments nutritionnels à la mère plutôt que de donner au nourrisson des laits commerciaux et autres produits de substitution du lait maternel dont on peut douter de la qualité.

Vu ces diverses perspectives, si l'on constate ou si l'on soupçonne qu'un nourrisson de moins de six mois, uniquement allaité au sein, ne grandit pas comme il faut, l'allaitement au sein doit être encouragé. On peut aussi donner des aliments complémentaires à la mère avant de recommander des suppléments pour les nourrissons. La recommandation générale consiste à encourager la mère à allaiter plus souvent pour stimuler la production de son lait et de lui recommander également de consommer plus de calories et de réduire son niveau d'activités.

Le panel d'experts a convenu qu'il existait suffisamment de données sur l'impact positif de l'allaitement au sein exclusif pour la mère pour justifier la priorité accordée aux avantages bien connus de l'espacement des naissances et autres avantages pour la santé plutôt que de se tourner vers le risque mal défini de l'épuisement maternel. Mais, ce consensus souligne en même temps le besoin de faire des recherches biologiques et épidémiologiques sur l'impact relatif à long terme de la grossesse et la lactation sur la santé maternelle. Actuellement, nous n'avons qu'une faible connaissance scientifique des mécanismes physiologiques complexes régulant la mobilisation des réserves nutritives maternelles après plusieurs cycles reproductifs consécutifs. En revauche, nous disposons de preuves concrètes montrant que les femmes se reconstituent des réserves de lipides et de nutriments et que par conséquent, elles ont la capacité de récupérer des contraintes nutritionnelles à court terme imposées par l'allaitement au sein exclusif pendant les quatre à six mois suivant l'accouchement.

Recherche Opérationnelle 1:

Recherche opérationnelle se penchant sur la faisabilité de diminuer le travail des femmes et d'augmenter leur apport alimentaire en mettant ensemble dans la même chambre la mère et l'enfant, surtout dans les cultures où cette tradition existe encore. Dans le même ordre d'idées, recherche ethnographique sur le rôle du père, les autres membres de la famille ainsi que les décideurs.

Recherche Opérationnelle 2:

Recherche opérationnelle sur la faisabilité d'améliorer le régime alimentaire de la mère pendant la période post-partum immédiate. Cette recherche chercherait également à identifier des aliments très énergétiques appropriés et importants pendant la première année qui suit une naissance.

Recherche Opérationnelle 3:

12 Analyse des données existantes sur la relation entre la durée de l'allaitement au sein exclusif, l'aménorrhée lactationnelle et l'intervalle intergénéral afin de souligner l'impact positif de l'allaitement au sein exclusif sur l'espacement des naissances. (Note: Il faut s'assurer (1) de la bonne définition de "exclusif", (2) que les directives sur la méthode d'aménorrhée lactationnelle soient suivies pour maximiser les effets contraceptifs de l'allaitement au sein et (3) que les autres méthodes de planification familiale soient spécifiées.

Recherche Opérationnelle 4:

Réaliser une recherche qualitative pour mieux comprendre l'expérience et les perceptions des femmes face à l'allaitement au sein (par exemple, elles peuvent se sentir épuisées et introduisent des suppléments, même si ce sentiment n'est pas d'ordre physiologique) ainsi que leur perception vis-à-vis des facteurs économique, sociaux ou culturels qui influencent leur capacité d'allaiter exclusivement au sein jusqu'à six mois.





III. La croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein

THEME:

Les modes de croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein sont différents des normes de références utilisées actuellement et mises au point en fonction de la croissance des bébés des pays industrialisés, nourris surtout au biberon. C'est après que de nombreux pays aient investi dans la mise au point et diffusion de courbes de croissance reflétant les normes de références susmentionnées que ce fait a été reconnu, et on s'est mis d'accord pour dire que la "déviation" de croissance en question est normale. Il en résulte que des bébés qui grandissent normalement peuvent être identifiés à tort comme ayant un retard de croissance. Par conséquent, et tant que l'on ne dispose pas de courbes de croissance pour les bébés uniquement allaités au sein, il est important de former les praticiens de la santé pour qu'ils puissent interpréter correctement les modes de croissance et apporter des recommandations qui conviennent sur l'alimentation du nourrisson encourageant et protégeant l'allaitement au sein exclusif du moins pendant les quatre premiers mois de la vie et de préférence pendant les six premiers mois.

D'après ce que l'on sait actuellement sur les modes de croissance des enfants exclusivement allaités au sein, quelles sont les directives que l'on peut donner aux agents de santé concernant l'interprétation correcte de la croissance de l'enfant portée sur les courbes de croissance actuelles et les conseils qui s'en suivent aux mères?

Tant que l'en ne dispose pas de normes de croissance pour les nourrissons exclusivement allaités au sein, il faudrait indiquer aux agents de santé qu'il est normal d'assister à une diminution dans la croissance aux alentours des trois mois. *Il faut continuer de peser régulièrement* (chaque mois) les enfants allaités au sein, mais savoir qu'ils peuvent à trois ou quatre mois sembler dévier légèrement de la courbe qu'ils suivaient auparavant. Il ne faut pas automatiquement interpréter cela comme un retard de croissance et il ne faut pas non plus recommander de suite des substituts du lait maternel ou des aliments complémentaires. Mais il faut chercher à protéger et à encourager un allaitement fréquent et exclusif jusqu'à la fin du sixième mois et encourager par la suite une introduction appropriée d'aliments complémentaires nutritifs et non contaminés.

16

Quels sont les indicateurs montrant qu'un enfant exclusivement allaité au sein semble avoir un retard de croissance ou ne se développe pas de manière optimale?

Il est un fait actuellement reconnu par tous, que les nourrissons allaités exclusivement au sein fréquemment et sur demande grandissent régulièrement et rapidement de la naissance jusqu'au troisième mois, ils continuent à grandir régulièrement pendant les trois mois qui suivent -- mais à un rythme légèrement plus faible, et généralement à la fin des six mois, ils doublent leur poids de la naissance. Bien que nous ne disposions pas de repères précis pour identifier le moment où la croissance ralentit et où l'enfant, en fait, perd du poids, ce retard de croissance, quelles que soient la définition ainsi que les causes sous-jacentes, devrait être soigneusement étudié. (Les causes peuvent être une infection, des pratiques d'allaitement au sein moins qu'optimales ou une grave sous-alimentation maternelle.)

Quel est le conseil qu'il faudrait donc donner à la mère dont le bébé de moins de six mois semble avoir un retard de croissance?

D'abord, il faut faire la différence entre le ralentissement de la croissance dû à un manque de lait et celui imputable à la diarrhée ou à l'infection. L'agent de santé devra donc

déterminer si c'est en raison de maladies fréquentes ou périodiques et, dans l'affirmative, chercher à traiter la maladie et les futurs épisodes avec la mère, si c'est possible. Quelle que soit la raison d'un retard de croissance, maladie ou insuffisance de la lactation, la première mesure consiste toujours à encourager la mère à allaiter exclusivement et à *offrir le sein plus souvent*, nuit et jour, pour stimuler la production de lait et faire rattraper le retard. "L'alimentation sur demande" risque de ne pas suffire car l'enfant est peut-être faible ou anorexique et par conséquent, il n'aura pas envie de téter aussi souvent que nécessaire pour augmenter l'offre de lait. Dans ce cas, la mère prendra un rôle préventif en offrant plus souvent le sein. Pour minimiser la contrainte qu'exerce une production de lait accrue sur l'état nutritionnel de la mère, on encouragera celle-ci à consommer des calories complémentaires et à se reposer aussi souvent que possible.

Discussion:

Ces vingt dernières années, diverses études scientifiques ont documenté la différence de croissance entre les nourrissons exclusivement allaités au sein et ceux nourris au biberon, surtout pendant les six premiers mois de la vie. En général, les nourrissons allaités au sein grandissent aussi rapidement ou plus rapidement pendant les trois premiers mois, puis leur croissance ralentit par rapport à leurs petits camarades nourris au biberon. Les participants de la réunion d'experts ont reconnu que ce mode avait été observé chez un petit nombre de personnes en bonne santé, privilégiées du point de vue économique et en fonction des données de référence disponibles (s'inspirant de modes de croissance observés surtout chez les bébés nourris au biberon dans des populations analogues) qui ne conviennent donc pas aux nourrissons exclusivement allaités au sein. Par conséquent, une des principales recommandations faites par le groupe d'experts est de mettre au point et de diffuser des nouvelles normes de croissance pour les nourrissons exclusivement allaités au sein. La première étape sera de compiler les ensembles de données disponibles sur la croissance des nourrissons uniquement allaités au sein dans les populations aisées et bien nourries où la diarrhée n'est pas un problème, pour générer une courbe de croissance spécifique à des nourrissons allaités au sein dans des circonstances optimales.

Cette recommandation de la communauté scientifique, en vue d'une nouvelle courbe de croissance, coïncide avec les récentes activités de suivi de la croissance, déployées un peu partout dans le monde entier. On forme souvent les mères et les agents de santé à interpréter une déviation de la courbe de croissance comme une indication que le lait maternel ne suffit plus et qu'il faut donner des aliments complémentaires pour améliorer la croissance du nourrisson.

Mais, vu qu'on sait qu'un ralenti de la croissance dès l'âge de trois mois est normal, les participants à la réunion d'experts se sont préoccupés du fait que les mères qui allaitent exclusivement des nourrissons en bonne santé pourraient recevoir des conseils tout à fait erronés de la part des agents de santé qui observent un changement dans le rythme de croissance.

Ils se sont montrés tout aussi préoccupés par le fait que les mères, dont les enfants nourris au sein qui ne grandissent pas de manière optimale, ne reçoivent pas suffisamment d'information, de soutien et d'encouragements leur permettant d'augmenter leur propre production de lait. Les nourrissons allaités au sein qui ont déjà des problèmes physiologiques (peut-être liés à une insuffisance pondérale à la naissance ou un contact à des infections dans le foyer) peuvent être brutalement exposés au risque souvent mortel de produits de substitution du lait maternel peu hygiéniques ou à des suppléments guère nutritifs alors qu'il faudrait leur donner la chance de recevoir plus de lait maternel. Dans de nombreux cas, des suppléments alimentaires donnés trop tôt sont vite suivis d'un sevrage prématuré et involontaire.

Recherche Opérationnelle 1:

Recherche opérationnelle sur la faisabilité et l'impact de bons conseils en matière d'allaitement au sein sur l'incidence et la durée de l'allaitement au sein exclusif et/ou en tant que première intervention pour améliorer la croissance des enfants allaités au sein. Conseil qui encouragerait la mère dont l'enfant connaît un retard de croissance à (1) alimenter plus souvent le nourrisson, (2) augmenter son propre apport calorique et/ou (3) diminuer son niveau d'activités plutôt que de donner des suppléments au nourrisson avant l'âge de six mois.

Recherche Opérationnelle 2:

Identifier et tester les éventuels mécanismes permettant de mesurer la suffisance du lait maternel, mécanismes pouvant être appris facilement par des agents et des mères.

Recherche Opérationnelle 3:

Compiler des données communautaires sur la croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein dans les pays développés et en développement pour comparer les ensembles de données disponibles actuellement provenant de populations aisées et bien nourries. Données pouvant éventuellement servir à mettre au point des normes de référence spécifiques qui permettront d'évaluer la croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein.

Recherche Opérationnelle 4:

Analyse situationnelle des pratiques actuelles d'alimentation des nourrissons pour déterminer la prévalence de l'allaitement au sein exclusif. (Il faudra vérifier l'emploi de la bonne définition de "exclusif").

Inter-American Development Bank/El Salvador





IV. Utilisation de suppléments, eau, thé, jus et autres liquides

THEME:

Les recommandations internationales actuelles sur l'alimentation des nourrissons préconisent un allaitement au sein exclusif pendant les quatre à six premiers mois sans supplément, eau, thé, jus ou autres liquides. Mais un peu partout dans le monde, ces liquides sont généralement donnés aux nourrissons dès leur jeune âge. Les raisons en sont variées et complexes. Dans les climats chauds et arides, les mères et les pédiatres pensent qu'il est essentiel de donner des suppléments d'eau. Dans de nombreuses sociétés, on donne souvent des tisanes aux tout petits bébés parce qu'on pense que cela facilite la digestion ou que les tisanes d'une manière ou l'autre sont bonnes pour la santé de l'enfant. Souvent, on donne de l'eau ou d'autres produits de substitution pour retarder une tétée afin de permettre à quelqu'un d'autre de nourrir les bébés en l'absence de la mère ou pendant qu'elle vaque à d'autres tâches.

Ces croyances et pratiques solidement ancrées ont valu une forte résistance à la promotion et à l'acceptation de l'allaitement au sein exclusif comme étant la pratique alimentaire optimale pendant les six premiers mois de la vie d'un bébé. Un important volume de données récentes confirme le fait que seul un petit nombre de bébés sont uniquement nourris au sein au delà des premiers mois de la vie et que de nombreux reçoivent des liquides complémentaires immédiatement après la naissance. Cela a la regrettable conséquence de diminuer les éventuels avantages de l'allaitement au sein exclusif pour la santé de la mère et de l'enfant et de réduire l'espacement des naissances.

Existe-t-il suffisamment de preuves pour pouvoir en toute confiance encourager les mères à ne pas donner de l'eau et d'autres liquides aux nourrissons allaités au sein?

Le panel d'experts est arrivé au consensus selon lequel, en terme physiologique, les nourrissons exclusivement allaités au sein n'ont pas besoin d'eau ou de liquides complémentaires, même ceux qui vivent dans des climats extrêmement chauds et secs (à l'exception possible du nourrisson avec une insuffisance pondérale à la naissance qui peut avoir des problèmes à téter et/ou à concentrer l'urine). Des études faites dans divers contextes ont montré avec certitude que les nourrissons qui ne sont pas malades et qui reçoivent uniquement le lait maternel maintiennent un équilibre hydrique satisfaisant. En outre, donner de l'eau ou d'autres liquides diminue la protection immunologique du lait maternel et augmente le risque relatif d'exposer inutilement les nourrissons à des bactéries et virus pouvant être mortels. Souvent, l'eau ou les autres liquides donnés aux bébés ou les instruments (bouteilles et tétines artificielles) sont contaminés. Dans les rares cas où un nourrisson exclusivement alimenté au sein contracte la diarrhée, il peut être nécessaire de lui donner des liquides complémentaires de réhydratation orale (confer discussion ci-après).

22

Jusqu'à quel âge les mères devraient-elles éviter de donner de l'eau ou d'autres liquides à leur bébé nourri au sein?

On recommande d'éviter de donner des suppléments et d'autres liquides jusqu'à l'âge de six mois puisqu'après six mois, la plupart des nourrissons (qu'ils reçoivent ou non des liquides supplémentaires) sont exposés à divers contaminants par le biais des aliments complémentaires parce qu'ils sont plus mobiles et commencent à "explorer" leur environnement immédiat en mettant des objets dans leur bouche. Du point de vue physiologique, à six mois, un bébé peut mieux boire à partir d'une tasse et on évite ainsi l'utilisation dangereuse des biberons et tétines artificielles plus difficiles à nettoyer, surtout si l'accès à l'eau courante est limité.

Les mères qui allaitent ont-elles besoin de consommer davantage d'eau pour avoir suffisamment de lait?

Contrairement aux enseignements précédents, la quantité de liquides consommée par une femme n'influence pas la quantité de lait qu'elle est capable de produire. Mais les mères qui allaitent devraient boire suffisamment de liquides pour étancher leur propre soif.

Y a-t-il des indices comportementaux ou physiques montrant à la mère que son nourrisson exclusivement allaité au sein reçoit suffisamment de liquides?

Un terme général, un nourrisson qui reçoit suffisamment de liquides par le biais d'un allaitement au sein exclusif "mouillera" huit à dix "couches" (si l'on utilise généralement quelque chose pour le couvrir) en l'espace de 24 heures. Même dans les cultures où l'on n'utilise pas de "couches", les mères observent généralement la quantité d'urine de leur bébé. Elles devraient faire attention au nombre de fois qu'un bébé urine.

Quels sont les risques relatifs d'infection liés aux divers liquides que l'on peut offrir à un nourrisson? Est-ce que, par exemple, l'eau, le thé et les jus entraînent des risques différents que le lait de vache ou d'autres produits de substitution du lait maternel?

Les données des recherches disponibles n'établissent pas de manière concluante les risques relatifs des divers liquides, mais l'on peut avec une certaine certitude faire les observations suivantes. L'eau (ou l'eau sucrée) qui n'a pas été bouillie est plus dangereuse que l'eau bouillie, les tisanes ou autres infusions faites avec de l'eau bouillie. Les jus de fruits, suivant le niveau d'acidité, peuvent être plus "sûrs" que l'eau qui n'a pas été bouillie, à moins que l'on y ajoute de l'eau qui n'a pas été bouillie ou qu'on les conserve pendant quelques heures sans les couvrir et sans les réfrigérer. En terme général, le lait de vache ou autres produits de substitution du lait maternel entraîne le plus grand risque relatif puisqu'ils sont facilement contaminés en un temps très court et qu'ils altèrent profondément la physiologie du système digestif du nourrisson. (Les protéines et lipides du lait "artificiel" favorisent la croissance de bactéries avant la digestion, de plus ils sont digérés de manière tout à fait différente dans l'intestin que le lait maternel). Les laits en poudre, s'ils sont soigneusement conservés et préparés en petite quantité avec de l'eau bouillie puis consommés immédiatement par le nourrisson sont peut-être moins dangereux que le lait "frais" ou préparé qui doit être réfrigéré pour diminuer ou ralentir la croissance des bactéries.

Est-ce que la manière dont on conserve l'eau et les autres liquides ou la manière dont on les donne aux nourrissons influence les risques relatifs d'infection?

En termes généraux, tout liquide, bouilli ou non bouilli, peut être contaminé, surtout s'il n'est pas couvert, par les microbes présents dans le récipient ou dans l'air. Couvrir des

réipients, et autant que possible, réfrigérer tous les liquides prévus pour les nourrissons, ralentit la croissance microbienne. Les recherches actuelles indiquent qu'il y a moins de danger d'infection lorsqu'on donne un liquide à un bébé dans une tasse ou avec une cuillère plutôt qu'avec un biberon et une tétine artificielle qui sont bien plus difficiles à nettoyer proprement.

Est-ce que le fait d'offrir à un bébé qui vient de naître de l'eau ou d'autres liquides, quels qu'ils soient, "jusqu'à ce que la mère ait du lait" ou pour retarder une tétée, diminue le volume du lait que la mère produit ou que l'enfant consomme?

La recherche indique que pendant les premiers jours et semaines qui suivent l'accouchement, le fait de donner des liquides quels qu'ils soient à un nourrisson peut interférer avec le démarrage de l'allaitement au sein. Il faudrait donner le sein au nourrisson dans la première heure qui suit l'accouchement. On a renié en question la pratique médicale voulant que l'on donne de l'eau sucrée au nouveau-né. Dans l'idéal, les nourrissons devraient être alimentés "sur demande", jour et nuit, pour stimuler les hormones de la lactation. Par conséquent, substituer un autre produit à une tétée ou retarder celle-ci, surtout avec un biberon, peut entraîner une offre insuffisante de lait maternel et d'autres conséquences adverses. Notamment, le fait de devoir donner inutilement et trop tôt un supplément à un nourrisson qui ne reçoit pas suffisamment de lait maternel consiste à l'exposer à divers contaminants, et/ou diminue la production de lait maternel, faisant cesser prématurément ce phénomène et entraînant chez la mère un retour précoce de la fécondité. De plus, l'utilisation de tétine artificielle pendant les premières semaines peut également entraîner ce que l'on appelle "une confusion de tétine", faisant souvent que l'enfant rejette le sein.

Est-ce que le fait de donner au nourrisson de l'eau ou d'autres liquides non ou peu caloriques, quelle que soit la raison diminue le volume de lait maternel qu'une mère produit ou qu'un enfant consomme?

Les recherches récentes indiquent que tout supplément diminue le volume de lait maternel, entraînant une perte calorique totale. C'est un fait bien connu que si un nourrisson tète moins, la mère produit moins, et on peut donc affirmer que le supplément d'eau entraîne une réduction dans la quantité de lait maternel qu'une mère produit. Bien que généralement, on donne des suppléments d'eau pour augmenter l'apport de liquides et améliorer l'état

d'hydratation, les recherches suggèrent que le fait d'offrir de l'eau à des bébés nourris au sein peut paradoxalement diminuer l'apport total de liquide.

Est-ce que le fait de donner à un bébé plus âgé des liquides caloriques, quelle que soit la raison, diminue la quantité de lait maternel qu'une mère produit ou qu'un enfant consomme?

Le fait d'offrir à un bébé nourri au sein des liquides caloriques comme des jus, des produits de substitution du lait maternel, du lait de vache ou des boissons à base de céréales peut faire nettement diminuer la quantité de lait maternel que demande l'enfant. En fait, le bébé qui reçoit ce type de supplément peut consommer suffisamment de calories mais insuffisamment de protéines, lipides, vitamines, etc., avec toutes les graves conséquences nutritionnelles que cela entraîne. De plus, le bébé peut être exposé aux contaminants par le biais des liquides ou de l'ustensile dont on se sert pour le nourrir. Le fait qu'un enfant qui a reçu suffisamment de calories ou qui souffre de diarrhée ou d'infection demande moins de lait maternel entraîne généralement une production décréue chez la mère pouvant déboucher en fin de compte sur un sevrage prématuré du bébé et un retour de la fécondité chez la mère.

25

Est-ce que les bébés exclusivement nourris au sein ont parfois besoin d'une solution de réhydratation orale pendant les épisodes diarrhéiques?

La question de savoir s'il faut utiliser une solution de réhydratation orale pour le traitement à domicile afin d'éviter la déshydratation liée à la diarrhée pendant les premiers mois de l'allaitement au sein exclusif n'a pas trouvé de réponse satisfaisante lors de la réunion des experts. Bien que les bébés uniquement nourris au sein risquent moins de contracter la diarrhée, cela peut arriver suite à des facteurs environnementaux. Il faudra se pencher sur d'autres aspects, au regard des conclusions actuelles de la recherche liée aux avantages de l'allaitement au sein exclusif, avant de pouvoir faire des recommandations générales concernant la promotion et l'utilisation des solutions de réhydratation orale pendant les premiers mois de l'allaitement au sein exclusif. L'OMS recommande d'utiliser des SRO pour réhydrater un nourrisson *déshydraté*, mais le lait maternel continue d'être la "meilleure" solution pour la réhydratation de *maintenance*. Il faut continuer des tétées fréquentes ou allaiter et administrer en même temps des SRO lorsque ce traitement est indiqué. (Confer discussion ci-après).

Quels conseils faudrait-il donner aux mères concernant l'allaitement au sein pendant la diarrhée?

Les experts sont d'accord pour dire qu'il faut continuer à donner le sein pendant les épisodes diarrhéiques, puisque cela empêche la déshydratation et diminue la gravité de l'épisode et que cela fournit au bébé un aliment agréable, facile à digérer et à absorber. On sait également que les bébés nourris au sein, surtout ceux qui ont été nourris exclusivement au sein, refusent souvent de prendre d'autres liquides (y compris les SRO) quand ils sont malades, marquant une nette préférence pour le lait maternel. En terme général, les bébés nourris au sein voudront souvent téter davantage pendant les épisodes diarrhéiques et autres maladies, peut-être parce qu'ils ont besoin de plus de liquides ou qu'ils se sentent en sécurité dans les bras de leur mère. Aussi, faudrait-il encourager la mère à offrir le sein chaque fois que le bébé veut téter, jour et nuit, même si cela prend plus de temps.

Discussion:

Les experts se sont mis d'accord sur quatre aspects essentiels concernant l'utilisation de l'eau, du thé, des jus et autres liquides pendant les six premiers mois.

26

■ D'abord le bébé exclusivement nourri au sein (à l'exception possible de ceux d'un poids faible à la naissance et du cas exceptionnel de ceux souffrant de grave diarrhée) n'a pas besoin de supplément d'eau pendant l'été chaud, quel que soit le niveau d'humidité. Des études faites en Jamaïque, au Pérou, en Argentine, en Israël, en Inde et au Cameroun (où la température des journées moyennes était respectivement de 28°, 26°, 35°-39°, 37°-41° et 28°-45° centigrades) confirment la chose. Vu que l'on trouve de l'azote, du sodium, du chlorure et du potassium en faible concentration dans le lait maternel, seul un petit volume d'eau est nécessaire pour l'excrétion des déchets. Vu que les bébés en bonne santé arrivent à concentrer l'urine, la faible charge osmotique rénale du lait maternel fournit en principe une considérable marge de sécurité.

■ En second lieu, la recherche a clairement documenté les conséquences négatives pour la santé lorsque le bébé est exposé à des contaminants microbiens. L'introduction précoce d'eau et d'autres liquides dans des contextes où l'on peut remettre en question la qualité de l'eau et où l'hygiène familiale est insuffisante, fait que l'on expose souvent et inutilement le nouveau-né ou le bébé plus âgé aux bactéries et virus présents dans les liquides et/ou sur les ustensiles dont on se sert. Le bébé dont les défenses immunologiques sont

encore extrêmement fragiles peut facilement contracter des infections respiratoires ou des diarrhées pouvant mettre sa vie en danger, avec toutes les conséquences négatives que cela entraîne sur la croissance et l'état nutritionnel. Un tel contact est généralement associé à un risque relatif plus élevé de mortalité infantile.

■ Troisième thème où un consensus a été atteint: le fait de donner des liquides à un nouveau-né pendant les premières semaines expose non seulement le bébé aux contaminants, mais se répercute aussi sur la lactation. En effet, pour assurer une production de lait suffisante, il faut donner des tétées fréquentes "sur demandes" le jour et la nuit. Aussi, si on offre des liquides à un nouveau-né, on risque de diminuer l'offre de lait maternel et d'entamer le cercle vicieux des suppléments. Les mères qui ne sont pas assez au courant ou pas assez soutenues et qui pensent que leur bébé ne reçoit pas suffisamment de lait, vont se tourner vers les produits de substitution de lait maternel, ceux-là mêmes qui aggravent souvent l'insuffisance de lait ou entraînent un sevrage total. De plus, une production de lait insuffisante peut être à l'origine d'un retour précoce de la fécondité maternelle.

■ Le quatrième point sur lequel les experts sont tombés d'accord est qu'en offrant des liquides très caloriques comme les jus, les boissons à base de céréale et les substitutions du lait maternel, on réduit généralement la prise de lait chez le bébé, ce qui entraîne un impact négatif sur l'état nutritionnel et la croissance du nourrisson. Les liquides très caloriques arrivent peut être à satisfaire les besoins en calories du bébé (satisfaire la faim), mais ils ne fournissent pas toutes les protéines, lipides et les autres nutriments nécessaires pour une bonne croissance et un bon développement mental et physique. De plus, une demande moindre pour le lait maternel soit chez le nouveau-né ou le bébé plus âgé peut entraîner une diminution dans l'offre de lait chez la mère, avec toutes les répercussions que cela entraîne pour l'aménorrhée lactationnelle.

27

Un autre thème sur lequel s'est penché le panel d'experts concerne l'administration des solutions de réhydratation orale à des enfants exclusivement nourris au sein lors d'épisodes diarrhéiques. Les participants ont noté que l'on se rend de plus en plus compte que les recommandations actuelles liées à l'utilisation des solutions de réhydratation orale pendant les épisodes diarrhéiques peuvent entraîner une confusion avec la promotion de l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de la vie. Résoudre les contradictions existantes dans les messages sur l'allaitement au sein et la lutte contre la diarrhée a été jugé comme étant une question capitale dont le moment est venu. L'on a suggéré qu'une réunion d'experts se tienne dans un avenir proche pour se pencher tout particulièrement sur cette question.

Bien que les experts qui aient participé n'aient pas mis de côté l'utilisation des solutions de réhydratation orale pour traiter la diarrhée pendant la période de l'allaitement au sein exclusif, ils ont toutefois souligné un certain nombre de questions. On s'est mis d'accord pour dire que l'administration des solutions de réhydratation orale à un bébé de moins de six mois exclusivement allaité au sein, pourrait ne pas être fondée car: (1) le bébé n'a peut être pas vraiment besoin de liquides et de sels complémentaires si la mère arrive à l'allaiter "sur demande", les tétées peuvent donc suffire à empêcher la déshydratation; (2) le bébé aura tendance à rejeter la solution de réhydratation orale; (3) la mère peut sans le savoir utiliser des ustensiles (biberons ou tasse et/ou cuillère) destinés à des liquides inutiles et éventuellement dangereux, tel que l'eau ou les produits de substitution du lait maternel; et (4) l'administration d'une solution de réhydratation orale peut déranger le rythme des tétées et diminuer la quantité de lait.

Recherche Opérationnelle 1:

Tester le niveau d'infection relative des biberons, tétines, tasses et cuillères ou autres articles utilisés couramment dans la communauté pour nourrir les bébés.

28

Recherche Opérationnelle 2:

Tester le niveau de microbes de l'eau, du thé, du jus et d'autres liquides offerts généralement aux bébés dans les diverses conditions environnementales ou familiales, et ce, pendant 24 heures pour déterminer leur relative innocuité.

Recherche Opérationnelle 3:

Tester la concentration des urines des bébés exclusivement allaités au sein pendant diverses saisons de l'année et dans diverses conditions climatiques différentes.

Recherche Opérationnelle 4:

Réaliser une recherche qualitative pour déterminer qui influence les décisions des mères liées à l'utilisation d'eau et autres liquides et identifier les points de résistance à la promotion de l'allaitement au sein exclusif.

Recherche Opérationnelle 5:

Réaliser des études sur les bébés exclusivement nourris au sein pour déterminer l'incidence et la gravité de la diarrhée. Examiner les bébés souffrant de diarrhée à divers degrés pour déterminer dans quelle mesure l'allaitement au sein peut prévenir ou remédier à la déshydratation.

Recherche Opérationnelle 6:

Tester la concentration des urines chez les bébés exclusivement allaités au sein d'un faible poids de la naissance pour déterminer à quel poids et dans quelles circonstances il est nécessaire de donner des liquides supplémentaires.

Recherche Opérationnelle 7:

Analyse situationnelle des pratiques actuelles d'alimentation des nourrissons pour déterminer la prévalence de l'allaitement au sein exclusif. (Note: Il faudra veiller à utiliser la bonne définition de "exclusif").



V. L'introduction d'aliments complémentaires: le choix du bon moment

THEME:

Les recommandations internationales actuelles concernant l'alimentation du nourrisson suggèrent de commencer à donner les aliments complémentaires à un bébé uniquement nourri au sein entre l'âge de quatre à six mois. Cette recommandation repose sur l'hypothèse que la plupart des bébés du monde entier ont besoin de calories et nutriments complémentaires, outre le lait maternel, vers la fin de six mois, alors que d'autres apparemment ont besoin de suppléments plus tôt. Vu cette fourchette de besoins physiologiques, on a établi la norme actuelle de quatre à six mois pour l'allaitement au sein exclusif pour être sûr d'avoir couvert toutes les différences individuelles. Mais, les praticiens de la santé affirment souvent que la fourchette est trop vague, difficile à communiquer et qu'elle a entraîné par conséquent un certain nombre de pratiques involontaires aux conséquences souvent malheureuses.

Quelles sont les conséquences sur le plan de la santé si l'on introduit des aliments complémentaires pendant les six premiers mois de la vie?

Il existe des conséquences bien connues liées à l'introduction d'aliments complémentaires pendant les six premiers mois de la vie. D'abord, les recherches sur la relation entre l'alimentation et l'infection indiquent que les bébés qui reçoivent des aliments complémentaires pendant les six premiers mois connaissent une incidence plus élevée d'infection respiratoire et de diarrhée que les bébés uniquement allaités au sein pendant les six premiers mois. En second lieu, la production de lait maternel peut diminuer avec l'introduction d'aliments complémentaires et, par conséquent, l'impact hormonal positif de l'allaitement au sein exclusif sur l'espacement des naissances peut être diminué. Une femme qui commence à donner des suppléments - ou des compléments au lait maternel - peut avoir un retour de couches plus précoce que si elle allaite exclusivement pendant six mois. Enfin, les études ont montré que les aliments solides interfèrent avec le lait maternel et n'ont pas pour résultat un plus grand apport de nutriments pour l'enfant, surtout si ces aliments sont des sources caloriques moins nutritives. Les aliments de sevrage risquent d'avoir moins de protéines ou des protéines de moindre qualité que le lait maternel, ce qui entraînerait une diminution des protéines et aurait des répercussions négatives pour la croissance de l'enfant.

Quel est le consensus des experts sur le fait de changer la recommandation actuelle de l'allaitement au sein exclusif de quatre à six mois en allaitant jusqu'à "la fin des six mois"?

Les participants à la réunion d'experts, après avoir soigneusement étudié les nombreuses conséquences pour la santé tant pour la mère que pour l'enfant, sont d'avis que, pour la vaste majorité des bébés, il n'existe aucune raison physiologique ou biologique de recommander l'introduction d'aliments complémentaires avant la fin des six mois. Dans les cas exceptionnels où l'on assiste à un véritable retard de croissance en dépit d'une pratique optimale de l'allaitement au sein (et non pas d'un diagnostic erroné en fonction de courbes de croissance qui ne conviennent pas), et où un allaitement au sein exclusif prolongé est peu probable dans un futur proche, il existe des "mesures protectrices" qui devraient être prises si l'on ajoute des aliments complémentaires après quatre mois. Il s'agit de: (1) bonnes conditions d'hygiène au foyer avec accès suffisant à une eau salubre; (2) suppléments nutritifs

acceptables et abordables; et (3) contraceptifs acceptables, abordables, sûrs et efficaces.

Quels sont les indices comportementaux ou physiques qui pourraient justifier l'introduction ou la non-introduction des aliments complémentaires?

Malheureusement, il n'existe pas d'indices universels, sur le plan comportemental et physique, montrant quand un bébé est prêt à recevoir des aliments complémentaires. Vu que le développement physique et mental des bébés varie énormément surtout entre quatre et six mois, il est extrêmement difficile de trouver de tels indices. Par le passé, on a utilisé les changements dans les taux de croissance. Mais, en fonction des connaissances actuelles concernant les modes de croissance normale des bébés uniquement nourris au sein, il se pourrait que ces légères déviations dans la croissance étaient en fait de "faux indices". Un mécontentement apparent après la tétée est souvent cité comme la raison justifiant l'introduction d'aliments complémentaires. Mais il est difficile de faire la différence entre la faim et d'autres raisons de mécontentement chez le bébé. Le fait de vouloir téter plus souvent ne peut pas être pris comme un indice objectif puisque l'augmentation périodique dans la demande suit généralement l'accélération de la croissance. La poussée de dents, le fait qu'un bébé peut s'asseoir sans qu'on le soutienne, qu'il arrive à saisir un objet, sont autant de signes qui apparaissent généralement vers les six mois. Vu la diversité du développement, ils ne peuvent pas être appliqués à tous les bébés.

33

Discussion:

Actuellement, il n'existe pas de directives précises ou d'indices clairs sur le plan comportemental et physique permettant de déterminer quand un bébé a physiologiquement besoin d'aliments complémentaires. Par conséquent, il existe un bon niveau de confusion au niveau communautaire concernant l'âge auquel il faudrait donner des compléments. Vu que la fourchette de quatre à six mois pour l'allaitement au sein exclusif, norme internationale, est assez vague, de nombreux agents de santé encouragent l'introduction d'aliments complémentaires à l'âge de 4 mois, "juste pour être sûr". Soucieuses d'appliquer la recommandation, de nombreuses mères commencent en fait à donner "un avant-goût" des aliments à l'âge de deux ou trois mois (ou même plus tôt) pour que les enfants apprennent à "bien manger" à l'âge de quatre mois. Pratique avec plusieurs conséquences éventuellement adverses, notamment: (1) le bébé est

exposé à des contaminants environnementaux et alimentaires entraînant un cercle vicieux de maladies et de malnutrition; (2) remplacement du lait maternel par des calories moins nutritives d'où malnutrition et moindre protection immunologique; (3) diminution subséquente dans la production de lait maternel et hormones connexes chez la mère, d'où retour précoce de la fécondité avec souvent une grossesse avant l'âge de six mois chez le bébé.

Un autre problème lié à ce côté vague de la norme actuelle des quatre à six mois pour l'allaitement au sein exclusif est que les mères qui ont l'impression qu'elles ne produisent pas suffisamment de lait ou qui pensent que leur bébé n'est pas content de leur lait (qu'ils grandissent bien ou non) vont souvent commencer à donner des suppléments, même de suite après la naissance, plutôt que de chercher à augmenter leur production de lait et à faire téter plus souvent et plus longtemps leur bébé. Le côté vague de la recommandation actuelle implique qu'il n'y a aucun danger à commencer à donner très tôt des compléments, surtout en l'absence de soutien médical et/ou familial et d'information insuffisante concernant les avantages de l'allaitement au sein exclusif.

134

Il est évident qu'en essayant de décider quand il faut recommander des aliments complémentaires, les praticiens de la santé doivent envisager les rapports entre le contact éventuel des bébés aux contaminants environnementaux et alimentaires, l'adéquation et la disponibilité d'aliments complémentaires, la disponibilité de contraceptifs acceptables et efficaces et les contraintes de temps de la mère. Par exemple, l'emploi à l'extérieur peut signifier que la mère et l'enfant sont séparés pendant la journée et il est donc difficile, voire impossible, de faire téter l'enfant "sur demande". Il faut également tenir compte de plusieurs autres facteurs lorsqu'on recommande d'attendre jusqu'à six mois pour commencer à donner des aliments supplémentaires. Il s'agit de l'éventuel compromis au niveau du développement physique et comportemental du bébé, question qui n'a pas vraiment été étudiée jusqu'à présent, ainsi que la possible mal acceptation de l'aliment complémentaire que l'on a observé à l'occasion, après l'âge de six mois, chez des bébés uniquement allaités au sein pendant des périodes prolongées. Aussi, le panel d'experts a-t-il encouragé la poursuite des recherches liées à ces questions en particulier pour avoir une idée plus claire des répercussions négatives.

En fonction des considérations données ci-dessus et après avoir soigneusement pesé toutes les preuves disponibles, les participants de la réunion des experts ont convenu qu'il n'existait aucune raison pour allonger la norme actuelle de quatre à six mois à "la fin du sixième mois", reconnaissant qu'il existe des différences individuelles dans la croissance et le développement des bébés et que certaines de ces circonstances individuelles peuvent empêcher une mère d'allaiter exclusivement pendant six mois. Mais les participants ont convenu

qu'en rallongeant la norme actuelle jusqu'à la fin du sixième mois, on arriverait nettement à diminuer le nombre de bébés recevant des aliments complémentaires pendant les quatre premiers mois de la vie.

Cela rendrait également les choses plus claires pour les mères, pour le personnel soignant et les décideurs au niveau national. Une fois que la recommandation actuelle sera moins vague, on pourra déployer des efforts internationaux plus ciblés pour encourager un allaitement au sein exclusif, même si la recommandation doit être modérée en réponse à des circonstances individuelles.

Recherche Opérationnelle 1:

Evaluer l'impact d'une recommandation gouvernementale sur un allaitement au sein exclusif pendant six mois sur les pratiques alimentaires des bébés dans une population donnée, prêtant une attention particulière aux contraintes que rencontrent les mères pour suivre une telle recommandation.

Recherche Opérationnelle 2:

Examiner les divers modes d'alimentation pouvant être employés par la femme qui travaille à l'extérieur. Par exemple, recherche sur la faisabilité et l'acceptabilité du rythme inversé des tétées, c'est-à-dire encourager le bébé à téter davantage la nuit que pendant le jour quand la mère n'est pas là et/ou extraction et conservation du lait maternel pouvant être donné au bébé en utilisant une tasse ou une cuillère plutôt qu'un biberon.

35

Recherche Opérationnelle 3:

Effectuer des recherches contextuelles sur les terminologies et signes utilisés par les mères pour déterminer le moment où il faut introduire des aliments complémentaires. Existe-t-il des indicateurs préliminaires locaux pouvant être utilisés pour mettre sur pied de simples directives appropriées au niveau communautaire?

Recherche Opérationnelle 4:

Etudier l'impact des messages négatifs (il ne faut pas) ainsi que des positifs encourageant les mères à maintenir un allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois (ou du moins jusqu'au quatrième mois).

Recherche Opérationnelle 5:

Faire des enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) liées à l'alimentation des bébés en général et à l'introduction des aliments de sevrage en particulier. Utiliser ces enquêtes avec d'autres méthodologies quantitatives, identifier et évaluer la qualité nutritionnelle, la quantité et le moment où l'on donne les aliments de sevrage disponibles localement et généralement acceptables dans une communauté ou culture. Évaluer ces aliments par rapport au lait maternel théoriquement supplanté lorsqu'ils sont introduits.





Annexe 1 Panel d'experts

Les réponses présentées dans ce document s'inspirent des observations et recommandations des experts suivants:

Neen Alrutz, M.P.H.
*Technical Advisor for Child Survival
Africa Bureau
A.I.D.*

Mary Ann Anderson, Ph.D., R.D.
*Public Health Advisor
Office of Health
A.I.D.*

39

Margaret E. Bentley, Ph.D.
*Department of International Health
The Johns Hopkins University*

Kenneth Brown, M.D.
*Professor/Director
Program in International Nutrition
University of California
Davis*

Larry Casazza, M.D.
*PRITECH and Department of International Health
The Johns Hopkins University*

Kathryn G. Dewey, Ph.D.
*Professor and Associate Director
Program in International Nutrition
University of California
Davis*

Mellen Duffy-Tanamly, M.P.H.
*Health, Population/Nutrition Officer
Latin America/Caribbean Bureau
A.I.D.*

Claudia Fishman, Ph.D.
Deputy Director
Nutrition Communication Project
Porter/Novelli
Academy for Educational Development

Sandra L. Huffman, Sc.D.
President
Center to Prevent Childhood Malnutrition

Norge W. Jerome, Ph.D.
Director
Office of Nutrition
A.I.D.

Avanelle Kirksey, Ph.D.
Distinguished Professor
Department of Food and Nutrition
Purdue University

Peggy Koniz-Booher, M.P.S.
Nutrition/Communication Consultant and Rapporteur
Washington Grove, Md.

40

Miriam H. Labbok, M.D., M.P.H.
Associate Professor/Director
of the Breastfeeding Division/IISNP
Department of OBGYN
Georgetown University

Chessa K. Lutter, Ph.D.
Nutrition Consultant
Buffalo, N.Y.

Kathleen Merchant, Ph.D.
Visiting Professor
Department of Geography
Colgate University

Robert S. Northrup, M.D.
Director
Primary Care and Health Services
Brown University

Margaret Parlato
Director
Nutrition Communication Project
Academy for Educational Development

Anne Roberts, M.S.P.H., M.A.
Senior Program Officer
HEALTHCOM/Nutrition Communication Project
Academy for Educational Development

Julia Rosenbaum, Sc.M.
Senior Program Officer
Nutrition Communication Project/HEALTHCOM
Academy for Educational Development

Tina Sanghvi, Ph.D.
Nutrition Consultant
Washington, D.C.

Nina Schlossman, Ph.D.
Nutrition Advisor
Office of Nutrition
A.I.D.

Hope Sukin, M.P.H.
Nutrition Advisor
Africa Bureau
A.I.D.

Valerie Uccellani, M.S.
Program Officer
Nutrition Communication Project
Academy for Educational Development

Beverly Winikoff, M.D., M.P.H.
Senior Medical Associate
Programs Division
The Population Council



Annexe 2

Références choisies

Rapport entre l'allaitement au sein et l'état nutritionnel maternel

- Adair, L. and Popkin, B. (1990). *Post Partum Weight in Nutritionally At-Risk Women: Implications for Maternal Depletion*.
Présenté lors de la Réunion des Associations d'Amérique pour la population, Washington, D.C.
- Brown, K., et al. (1986). "Lactational Capacity of Marginally Nourished Mothers: Relationships Between Maternal Nutritional Status and Quantity and Proximate Composition of Milk." *Pediatrics*, 78, (5), 909-919.
- Brown, K., et al. (1986). "Lactational Capacity of Marginally Nourished Mothers: Infant's Milk Nutrient Consumption and Patterns of Growth." *Pediatrics*, 78, (5), 920-927.
- Gray, R.H., et al. (1990). "The Risk of Ovulation During Lactation." *Lancet*, 335, 25-29.
- Labbok, M. (1989). "Breastfeeding and Family Planning Programs: A Vital Complementarity." *Breastfeeding: The Passport to Life*, 48-55. N. Baumslag, ed. NGO Committee on UNICEF (Working Group on Nutrition), New York.
- Labbok, M. and Koniz-Booher, P., eds. (1989). *Guidelines for Breastfeeding in Child Survival and Family Planning*. Institute for International Studies in Natural Family Planning, Georgetown University, Washington, D.C.
- Leslie, J. (1991). "Women's Nutrition: The Key to Improving Family Health in Developing Countries?" *Health Policy and Planning*, 6, (1), 1-19.

- Martorell, R., et al. (1975). "Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children." *American Journal of Disabled Children*, 129, 1296-1301.
- Merchant, K., Martorell, R., and Hass, J. (1990). "Consequences for Maternal Nutrition of Reproductive Stress Across Consecutive Pregnancies." *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 616-620.
- Merchant K. and Martorell, R., et al. (1990). *Maternal Nutritional Depletion: Evidence of Responses in Women to Frequent Reproductive Cycling*. International Center for Research on Women, Washington, D.C., Report No. 3.
- Merchant, K. and Martorell, R. (1988). "Frequent Reproductive Cycling: Does It Lead to Nutritional Depletion of Mothers?" *Progress in Food and Nutrition Science*, 12, 339-369.
- Winikoff, B. and Castle M.A. (1987). *The Maternal Depletion Syndrome: Clinical Diagnosis or Eco-demographic Condition?* Préparé pour la Conférence internationale pour une meilleure santé de la femme et de l'enfant grâce à la planification familiale, Nairobi, Kenya. 5-9 octobre 1987.

44

La croissance des nourrissons allaités exclusivement au sein

- Brown, K., et al. (1990). "Effects of Common Illness on Infant's Energy Intakes from Breast Milk and Other Foods During Longitudinal Community-Based Studies in Huascar (Lima), Peru." *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 7005-7013.
- Brown, K., et al. (1991). "The Relationship Between Diarrheal Prevalence and Growth of Poor Infants Varies with their Age and Usual Energy Intake." *Federation of American Societies for Experimental Biology Journal*, No. 5:A2079.
- Butte, N., et al. (1990). "Energy Utilization of Breast-fed and Formula-fed Infants." *American Journal of Clinical Nutrition*, 51, 350-358.
- Dewey, K., et al. (1990). "Growth Patterns of Breastfed Infants During the First Year of Life: The Darling Study." *Breastfeeding, Nutrition, Infection and Infant Growth in Developed and Emerging Countries*, 269-282. S.A. Atkinson, L.A. Hanson, and R.K. Chandra, eds. ARTS Biomedical Publishers and Distributors, St. Johns, Newfoundland, Canada.

- Dewey, K., et al. (1991). "Low Energy Intakes and Growth Velocities of Breastfed Infants: Are There Functional Consequences?" *Activity, Energy Expenditure and Energy Requirements of Infants and Children*, 35-43. B. Schurch and N. Scrimshaw, eds. Proceedings of an IDECG Workshop, Nestlé Foundation, Lausanne, Switzerland.
- Martorell, R., et al. (1975). "Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children." *American Journal of Disabled Children*, 129, 1296-1301.
- Nichols, B. and Stuff, J. (1989). "Nutrient Intake and Growth Performance of Older Infants Fed Human Milk." *Pediatrics*, 115, (6), 959-968.
- Prentice, A., et al. (1988). "Are Current Dietary Guidelines for Young Children a Prescription for Overfeeding?" *Lancet*, 2, 1066-1068.
- Roche, A.F., et al. (1989). "Weight and Recumbent Length From 1 to 12 Months of Age: Reference Data for 1-Month Increments." *American Journal of Clinical Nutrition*, 49, 599-607.

45

Utilisation de suppléments: eau, thé, jus de fruits et autres liquides

- Adair, L., et al. (1989). *Breastfeeding and Diarrheal Morbidity*. Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill.
- Almroth, S. and Bidinger, P. (1990). "No Need for Water Supplementation for Exclusively-breastfed Infants Under Hot and Arid Conditions." *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 84, 602-604.
- Brown, K. (1988). *Nutritional Status During Weaning and Its Relation to Diarrheal Morbidity*. Présenté lors de l'Atelier sur de meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson pour prévenir ou diminuer sa gravité; questions de recherche, Johns Hopkins University, Baltimore, 25-28 avril 1988.
- Brown, K., et al. (1990). "Effects of Common Illness on Infant's Energy Intakes from Breast Milk and Other Foods During Longitudinal Community-Based Studies in Huascar (Lima), Peru." *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 7005-7013.

Brown, K., et al. (1991). "The Relationship Between Diarrheal Prevalence and Growth of Poor Infants Varies with their Age and Usual Energy Intake." *Federation of American Societies for Experimental Biology Journal*, No. 5:A2079.

Eyong-Efobi, J.B.T. and Tetanye, E. (1991). *Supplémentation en Eau et Allaitement Maternel Exclusif Dans les Régions Chaudes et Arides de l'Extrême-Nord du Cameroun: Bénéfices et Risques pour les Nourrissons*. Hôpital Central de Yaoundé- Département de Pédiatrie, CUSS-Université de Yaoundé, Cameroun.

Martorell, R., et al. (1975). "Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children." *American Journal of Disabled Children*, 129, 1296-1301.

Sachdev, H.P.S., et al. (1991). "Water Supplementation in Exclusively-breastfed Infants During Summer in the Tropics." *Lancet*, 337, 929-933.

Victora, C., et al. (1989). "Infant Feeding and Deaths Due to Diarrhea: A Case-Control Study." *American Journal of Epidemiology*, 129, (5), 1032-1041.

46

Le moment de l'introduction des aliments complémentaires

Brown, K. (1988). *Nutritional Status During Weaning and Its Relation to Diarrheal Morbidity*. Présenté lors de l'Atelier sur de meilleures pratiques d'alimentation du nourrisson pour prévenir ou diminuer sa gravité; questions de recherche, Johns Hopkins University, Baltimore, 25-28 avril 1988.

Brown, K., et al. (1990). "Effects of Common Illness on Infant's Energy Intakes from Breast Milk and Other Foods During Longitudinal Community-Based Studies in Huascar (Lima), Peru." *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 7005-7013.

Brown, K., et al. (1991). "The Relationship Between Diarrheal Prevalence and Growth of Poor Infants Varies with their Age and Usual Energy Intake." *Federation of American Societies for Experimental Biology Journal*, No. 5:A2079.

Martorell, R., et al. (1975). "Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children." *American Journal of Disabled Children*, 129, 1296-1301.

Nichols, B. and Stuff, J. (1989). "Nutrient Intake and Growth Performance of Older Infants Fed Human Milk." *Pediatrics*, 115, (6), 959-968.

Prentice, A., et al. (1988). "Are Current Dietary Guidelines for Young Children a Prescription for Overfeeding?" *Lancet*, 2, 1066-1068.

Données générales liées aux politiques et programmes

Agency for International Development. (1990). *Breastfeeding: A Report on A.I.D. Programs*. Washington, D.C.

Agency for International Development. (1990). *Breastfeeding for Child Survival Strategy*. Washington, D.C.

Agency for International Development. (1990). *Abstracts of Technical Meeting on Breastfeeding in the 1990s, Geneva, Switzerland, June 25-28*.

Anderson, M. A. (1990). *Nature and Magnitude of the Problem of Suboptimal Breastfeeding Practices*. Préparé pour la Réunion de l'OMS/UNICEF: "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", Florence, Italie, 30 juillet - 1er août 1990.

47

Krasovec, K. and Labbok, M. (1990). "Toward Consistency in Breastfeeding Definitions." *Studies in Family Planning*, 21, (4), 226-230.

Labbok, M. and Koniz-Booher, P., eds. (1990). *Breastfeeding: Protecting a Natural Resource*. Institute for International Studies in Natural Family Planning, Georgetown University, Washington, D.C.

WHO. (1989). "The Prevalence and Duration of Breastfeeding: Updated Information, 1980-1989." *Weekly Epidemic Record*, No. 42, Part I, 321-324; No. 42, 331-335.

WHO. (1989). *Breastfeeding and Child Spacing: What Health Workers Need to Know*. Geneva, Switzerland.

WHO/UNICEF. (1989). *Joint Statement, Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services*.

WHO/UNICEF. (1990). *Breastfeeding in the 1990s: Review and Implications for a Global Strategy*. Based on a Technical Meeting, Geneva, Switzerland, June 25-28.

WHO/UNICEF. (1990). *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding*. Florence, Italy, August.